

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
para obtenção do grau de Mestre em Medicina

TÍTULO:

Relatório de Estágio em Ortopedia no Centro Hospitalar do Porto

ESTUDANTE:

Nome completo: Isabel Cristina Martins Azevedo

Nº de aluno: 201003569

Contacto Telefónico: +351914100872

Correio Eletrónico: isabelmartinsazevedo@gmail.com

ORIENTADOR:

Nome completo: Rui Miguel Teixeira Claro

Grau académico: Licenciado em Medicina
pela Faculdade de Medicina do Porto

Título profissional: Assistente Hospitalar de Ortopedia no Centro Hospitalar do Porto; Professor Assistente da disciplina de Ortofisiatria do Mestrado Integrado em Medicina ICBAS-UP;

Junho 2016

Resumo

Objetivos: Conhecer melhor a especialidade de Ortopedia e aprofundar os meus conhecimentos nesta área, nomeadamente no que diz respeito à abordagem prática das patologias mais frequentes.

Descrição: Este estágio teve a duração de 160 horas e teve lugar no serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto. Acompanhei o meu tutor nas diferentes atividades, como cirurgias, consultas e serviço de urgência e quando tal não era possível acompanhei outros especialistas e internos do serviço em diferentes atividades. Assisti a um total de 217 consultas, 35 cirurgias e estive dois dias no serviço de urgência, observando sempre a abordagem de cada doente em particular e participando sempre que possível, nomeadamente nas cirurgias. A maioria das patologias que observei foram patologias do ombro, uma vez que é a área de especialização do meu tutor.

Conclusão: A realização deste estágio permitiu-me alcançar os objetivos propostos inicialmente e assim aprofundar o meu conhecimento na vasta área que é a Ortopedia. Apercebi-me também da importância de haver uma divisão por grupos de patologias, permitindo uma abordagem ainda mais específica e eficaz das diferentes patologias. Aprofundei mais especificamente os meus conhecimentos no que diz respeito à patologia do ombro, nomeadamente quais as doenças mais frequentes e abordagem geral de cada uma.

Abstract

Objectives: Learn more about the specialty of Orthopaedics and expand my knowledge in this area, particularly with regard to the practical approach of the most frequent pathologies.

Description: This internship lasted 160 hours and took place at Orthopaedics service in Centro Hospitalar do Porto. I followed my mentor in the different activities, such as surgeries, doctor's appointments and in the emergency room and when it was not possible I followed other specialists and interns in different activities. I attended a total of 217 doctor's appointments, 35 surgeries and was two days in the emergency room, always watching the approach of each individual patient and participating whenever was possible, particularly in surgeries. Most of the pathologies observed were shoulder diseases, since it is the area of expertise of my mentor.

Conclusion: This internship allowed me to achieve the goals initially proposed and thus deepen my knowledge in the wide area of Orthopedics. I realized the importance of having a division by groups of diseases, allowing a more specific and effective approach to different pathologies. I increased my knowledge especially about the pathology of the shoulder, particularly which were the most frequent diseases and general approach of each one.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Dr. Rui Claro por ter aceite ser meu orientador neste estágio, se ter demonstrado sempre disponível para me esclarecer qualquer dúvida e me auxiliar na redação deste relatório e pela sua simpatia constante.

Um agradecimento ao Professor Doutor António Oliveira por ter autorizado o meu estágio no serviço de Ortopedia do Hospital Geral de Santo António.

Um especial agradecimento a toda a equipa do serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto pela disponibilidade e acolhimento com que me receberam desde o primeiro dia de estágio. Em especial à Dr.^a Luciana Leite, ao Dr. Pedro Serrano e ao Dr. Armando Campos por terem permitido que assistisse às suas consultas. Ao Dr. Costa e Castro, ao Dr. Ângelo Encarnação, Dr. Armando Campos, Dr. César Silva, Dr. José Muras, Dr. Adélio Vilaça, Dr. José Figueiredo, Dr. Luís Costa, Dr.^a Luciana Leite e Dr. João Pedro Raposo por terem consentido a minha presença e, por vezes, participação nas cirurgias por eles realizadas. Ressalvo também a simpatia e disponibilidade de todos os internos do serviço de Ortopedia, que me esclareceram muitas dúvidas e me explicaram muitas vezes os passos das cirurgias a que assistia.

Quero agradecer a todos os meus amigos que me acompanharam nesta longa caminhada, em particular à Ana Lúcia Pereira e à Joana Santos, por serem as minhas grandes companheiras nesta jornada e por me darem sempre bons conselhos.

Ao Pedro, por ter sido um excelente namorado e, acima de tudo o meu melhor amigo, por me ter acompanhado e apoiado incondicionalmente ao longo desta longa caminhada.

Por fim, e não menos importante, quero agradecer aos meus pais e à minha irmã que me apoiaram sempre ao longo destes 6 anos de curso, e que foram imprescindíveis para a concretização deste sonho.

Índice

Resumo	II
Abstract	III
Agradecimentos	IV
Índice	V
Introdução	1
Discussão	2
Serviço de ortopedia	2
Consulta Externa	2
Patologia do ombro	3
Tendinopatia Calcificante do Ombro	4
Rotura da coifa dos rotadores	5
Infiltração do ombro	7
Cirurgias	7
Serviço de urgência	10
Reunião de serviço	11
Conclusão	12
Bibliografia	14
Anexos	16

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio” optei pela modalidade de relatório de estágio de 160 horas no serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto, de modo a conhecer melhor a especialidade de Ortopedia e aprofundar os meus conhecimentos nesta área. Vi nesta escolha a oportunidade de conhecer melhor a especialidade e o dia-a-dia de um médico, tentando desta forma colmatar a falta de componente prática ao longo do curso. Apesar de o contacto com a especialidade de Ortopedia ser breve e apenas no 4º ano do curso com a Unidade Curricular de Ortofisiatria, esta foi uma área que me despertou, desde cedo, particular interesse e sobre a qual queria aprofundar os meus conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito à componente prática.

Os objetivos definidos no início deste estágio foram acompanhar e participar, sempre que possível, nas tarefas desempenhadas nas várias vertentes da especialidade, desde o bloco operatório, consulta externa, serviço de urgência e internamento. Deste modo fui adquirindo algumas competências no diagnóstico e orientação das patologias crónicas e agudas, competências básicas de radiologia, identificação das patologias mais comuns ou mais graves que necessitem de tratamento urgente; visualização e participação no tratamento conservador e cirúrgico de algumas patologias.

Assim, pretendo com este relatório analisar o meu estágio no Serviço de Ortopedia, fazendo uma análise epidemiológica das patologias observadas, comparando esses dados com alguns dados epidemiológicos da literatura, numa reflexão mais dirigida à patologia do ombro, uma vez que foi a mais observada ao longo do estágio, pois é a área de especialização do meu tutor.

Discussão

Serviço de Ortopedia

O Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto foi criado em 1916, sendo o mais antigo do país, e é atualmente dirigido pelo Professor Doutor António Oliveira. É constituído por 59 camas distribuídas pelo 6º e 5º pisos do novo corpo arquitetónico do hospital (Edifício Dr. Luís de Carvalho), sendo que 6 destas camas estão destinadas à Unidade Vertebro-Medular.

Com o objetivo de prestar cuidados de saúde altamente diferenciados, o serviço está dividido por grupos. Três grupos de Ortopedia Geral (A, B e C), um grupo de Ortopedia Infantil e deformidade da coluna, seis grupos de patologia específica (ombro, joelho, mão, pé, unidade vertebromedular e cirurgia de ambulatório) e ainda um grupo dedicado às neoplasias músculo-esqueléticas.

Consulta Externa

A Consulta Externa de Ortopedia tem lugar na Rua D. Manuel II nas instalações do antigo CICAP e dispõe de seis salas de consultas, uma sala de pensos, uma sala de gessos e um gabinete de radiologia. Durante o estágio assisti maioritariamente a consultas de patologia do ombro do Dr. Rui Claro, tendo também assistido a consultas de patologia ortopédica geral da Dr.^a Luciana Leite e do Dr. Pedro Serrano e a consultas de Ortopedia Infantil do Dr. Armando Campos.

Assisti a um total de 217 consultas: 70,98% de patologia do ombro, 26,26% de outras patologias nomeadamente do joelho, mão e coluna e apenas 2,76% de consultas de Ortopedia Infantil (em anexo 1).

De um modo geral, nas diferentes consultas, aprendi a fazer o exame físico dirigido a patologias específicas, nomeadamente para rotura da coifa dos rotadores, que será abordado posteriormente com mais pormenor. Assisti ainda a outros testes e manobras, como teste da gaveta para identificação de rotura dos ligamentos cruzados do joelho, sinal de Tinel e manobra de Phalen para identificação de síndrome do canal cárpico. Familiarizei-me com leitura de exames de imagem, essencialmente raio-X, mas também tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética nuclear (RMN).

Nas consultas de Ortopedia Infantil tive ainda oportunidade de assistir à aplicação de gessos segundo a técnica de Ponseti. O método de Ponseti é utilizado como tratamento conservador do pé boto ou equino-varo congénito e consiste em sessões semanais de manipulação do pé, executadas por um especialista, seguidas de imobilização com gesso. Posteriormente usam-se talas de correção até aos 4-5 anos, que terão uma utilização noturna a partir do início da marcha. O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível após o nascimento, e tem como principal objetivo a correção das deformidades para um possível apoio plantar funcional e sem dor.

Patologia do ombro

A patologia do ombro manifesta-se na maioria das vezes com omalgia, diminuição da mobilidade articular e diminuição da força muscular do membro superior, sendo que a o sintoma mais vezes referido durante a consulta foi omalgia. Sabe-se que a omalgia é a terceira causa mais comum de distúrbios musculoesqueléticos e que contribui para uma grande taxa de absentismo laboral e perda de qualidade de vida [1]. As patologias do ombro têm uma incidência cumulativa anual de 7 a 25% nos países ocidentais [1].

No que diz respeito aos doentes com patologia do ombro observados na consulta, a média de idades era cerca de 61 anos sendo que 78,57% eram do sexo feminino e 21,43% do sexo masculino. As principais patologias observadas foram a rotura da coifa dos rotadores e a tendinopatia calcificante do ombro. Observei ainda doentes com patologias como bursite crónica, capsulite retrátil, omartrose e luxação recidivante do ombro.

Durante as consultas assisti inúmeras vezes ao exame físico do ombro, que consiste na inspeção, palpação e pesquisa de movimentos passivos e ativos da articulação e ainda a algumas manobras específicas, nomeadamente ao teste de Jobe, Patte, Lift-off, Palm-up.

O teste de Jobe é feito com os braços do doente a 90° de abdução e 30° de flexão e a fazer rotação interna completa do ombro enquanto o examinador realiza adução contra a resistência do doente. Esta manobra está positiva quando há fraqueza e indica patologia do supraespinhoso. Este foi o teste que mais vezes se verificou positivo nas consultas a que assisti, o que se entende pelo facto de este ser o

tendão mais vezes afetado na rotura da coifa dos rotadores, como é referido posteriormente.

O teste de Patte faz-se com o doente com o membro superior em abdução de 90° no plano frontal, com o cotovelo fletido a 90° e resistir contra a força de rotação interna imposta pelo examinador. Se positivo, ou seja se houver fraqueza, este teste indica provável rotura do tendão do infra- espinhoso.

O teste de Lift-off avalia a integridade do tendão do subescapular é feito com o doente em pé, com o dorso da mão localizada ao nível de L3 e pede-se que afaste a mão do ombro. Quando o doente não consegue afastar a mão do dorso, presume-se uma rotura do tendão do subescapular.

O teste de Palm-up é um teste para a avaliação do tendão longa porção do bicipite. O doente encontra-se com o membro superior em extensão e supinação e a fazer força contra a resistência para o abaixamento, feita pelo examinador. A positividade do teste é dada pela dor na localização do tendão da longa porção do bicipite.

Tendinopatia Calcificante do Ombro

A Tendinopatia Calcificante do ombro é caracterizada pela presença de depósitos macroscópicos de hidroxapatite em qualquer tendão da coifa dos rotadores, sendo que o tendão supraespinhoso é o mais frequentemente afetado seguido, por ordem decrescente, pelo infraespinhoso, redondo menor e subescapular [2].

Esta patologia ocorre durante a quinta e sexta décadas de vida [3]. É mais comum em mulheres (60%) e afeta mais comumente o ombro direito, sendo que em 13-47% dos casos pode afetar ambos os ombros [4]. Ocorre mais frequentemente em trabalhadores sedentários do que em trabalhadores de trabalho pesado (45% dos casos são donas de casa) [4].

A etiologia desta doença é desconhecida [5]. Sabe que evolui em três fases, pré-calcificação, calcificação e pós calcificação ou reabsorção. Surpreendentemente a dor tem tendência a ser mais violenta durante a última fase [5].

O tratamento é essencialmente conservador e passa pelo controlo da dor com analgésicos e anti-inflamatórios [6]. Pode ser benéfica a associação com tratamento fisioterápico para melhoria funcional. O tratamento cirúrgico é utilizado em último recurso,

quando a dor se torna incapacitante e não melhora com o tratamento conservador [5]. Ao longo do meu estágio apenas assisti a um caso que teve que ser referenciado para tratamento cirúrgico.

Durante as consultas de ortopedia, observei 24 doentes com tendinopatia calcificante do ombro, que correspondem a 15,58% dos doentes com patologia do ombro. Destes, 20,8% eram do sexo masculino e 79,2% do sexo feminino, o que vai de encontro com a literatura (60% são mulheres), embora a percentagem de mulheres afetadas que observei seja ligeiramente superior. A média de idades destes doentes era cerca de 54 anos, o que também corresponde com os dados da literatura. A tendinopatia era bilateral em 33,33% dos casos, afetava unicamente o ombro direito em 29,17% dos casos e o ombro esquerdo em 37,5%. Estes dados não refletem os dados encontrados na literatura, que apontam um atingimento mais frequente do ombro direito.

Apenas um dos doentes apresentava tendinopatia calcificante concomitante com rotura da coifa homolateral. A coexistência destas duas patologias é rara e não há evidência científica que comprove que as calcificações da tendinopatia possam ser precursoras de uma rotura da coifa.

De todos os doentes que observei, apenas uma foi proposta para tratamento cirúrgico, uma vez que todas as atitudes conservadoras tinham falhado no controle da dor e melhoria da função articular.

Rotura da coifa dos rotadores

A coifa dos rotadores é constituída por um conjunto de músculos (supraespinhoso, infraespinhoso, subescapular e redondo menor), que têm um papel importante tanto na estabilidade estática como dinâmica do ombro.

Em pessoas com mais de 70 anos, 21% tem omalgia, a maioria das vezes relacionada com patologia da coifa dos rotadores [7]. A rotura parcial da coifa dos rotadores, em pessoas acima dos 40 anos, ronda os 32% a 37% [7]. Antes dos 40, a rotura é rara [7]. Depois dos 60 anos, 26% têm rotura parcial e 28% apresenta rotura total da coifa [7]. A idade média de apresentação é aos 55 anos [7].

A rotura da coifa tem duas grandes causas, traumática e degenerativa [8]. A traumática pode dever-se a trauma direto no ombro após queda, ou ao levantar algo muito pesado. Este tipo de rotura pode estar associado a outro tipo de lesões como fraturas ou luxações da articulação [8]. A maioria das roturas da coifa é causada por lesões degenerativas, que são aumentadas por movimentos repetidos (certos desportos como o ténis, ou certas profissões como empregada doméstica) [8]. Assim, é expectável que esta patologia seja mais comum em pessoas a partir dos 50 anos e mais prevalente no ombro do braço dominante.

A sintomatologia mais frequente consiste em dor ombro afetado, predominantemente à noite, que agrava com os movimentos, principalmente acima do nível da cabeça, e por isso limita a mobilidade articular. Raramente os doentes podem referir crepitação ou sensação de estalidos em certos movimentos [8].

O diagnóstico pode ser suscitado através da história clínica e do exame físico do doente, que normalmente apresenta alguns dos testes específicos positivos já supracitados. E pode ser confirmado com a realização de testes de imagem como raio-X, ecografia e ressonância magnética nuclear (RMN) [8].

O tratamento inicial é conservador, com analgésicos, anti-inflamatórios, evicção de movimentos repetidos, e tratamento fisiátrico, para controlo da dor e melhoria funcional, com fortalecimento dos músculos envolvidos na articulação [8]. O tempo de tratamento não está estabelecido, mas a maioria dos doentes recupera e consegue voltar à sua atividade normal. Se mesmo assim a dor não melhorar pode tentar fazer-se infiltrações do ombro com corticóides, antes de se tentar o tratamento cirúrgico. A principal indicação cirúrgica é a permanência da dor, mesmo após todos os tratamentos não cirúrgicos [9]. Existem outras situações que também podem beneficiar de cirurgia como as grandes roturas (> 3cm); diminuição franca da função e rotura causada por lesão aguda [8]. O tratamento cirúrgico de eleição é artroscópico que será discutido em mais detalhe posteriormente [9].

Na consulta observei 65 doentes com rotura da coifa dos rotadores, o que corresponde a 42,22% dos doentes observados com patologia do ombro. Estes doentes apresentavam uma média de idades de cerca de 60 anos, o que coincide com o descrito na literatura. Também nesta patologia as mulheres eram o género mais afetado correspondendo a 86,15% dos casos e os restantes 13,85% dos casos ao sexo masculino.

A totalidade dos doentes apresentava como principal queixa omalgia, por vezes era referida como incapacitante. Na maioria dos casos, os doentes referiam limitação funcional do membro afetado. No que diz respeito ao exame físico, também aqui os doentes apresentavam na maioria dos casos achados positivos, sendo que o teste de Jobe foi o mais frequentemente positivo.

Neste grupo, 24 doentes já tinham sido submetidos a tratamento cirúrgico, o que representa 36,92% dos casos de rotura da coifa observados. Destes doentes submetidos a tratamento cirúrgico, apenas dois apresentaram capsulite retrátil como complicação da artroscopia.

Infiltração do ombro

Durante as consultas tive a oportunidade de assistir a três infiltrações do ombro, em doentes cujas outras medidas conservadoras tinham falhado, nomeadamente no alívio da dor.

Quando abordagem inicial para controlo da dor com a alteração da atividade física, fisioterapia e anti-inflamatórios não resultar pode tentar-se a injeção de corticóides no espaço subacromial. Este tratamento proporciona alívio rápido da dor e redução da inflamação, promovendo a recuperação da funcionalidade.

O doente ficava sentado numa posição confortável com o braço caído sem apoio, com o ombro em posição neutra. Procedia-se à desinfeção da área a ser puncionada, e identifica-se o “*soft-point*” entre a cabeça do úmero e o acrómio e fazia-se a punção, direcionando a agulha anteriormente.

Não tive oportunidade de acompanhar a evolução dos doentes em que observei o procedimento. Contudo, dos doentes que observei na consulta que já tinham sido submetidos a infiltrações com corticóides, todos revelavam melhoria significativa da dor, embora alguns apresentassem recidiva da dor alguns meses a anos após o procedimento.

Cirurgias

O serviço de Ortopedia tem um bloco independente no Hospital Geral de Santo António, constituído por três salas. Tem ainda uma sala no bloco operatório pediátrico

do Centro Materno-Infantil do Norte, reservada em horários específicos. Ao longo do estágio tive a oportunidade de assistir a um total de 35 cirurgias, 9 das quais em contexto de urgência diferida e as restantes de forma programada (patologia do ombro, joelho, mão, pé, coluna e Ortopedia Infantil) (em anexo 2).

Ombro

No que toca a cirurgia programada do ombro, vi um total de seis cirurgias, cinco das quais foram cirurgias artroscópicas para reparação de rotura da coifa dos rotadores e uma para exerce artroscópica de calcificação do tendão supra-espinhoso.

Existem algumas técnicas de abordagem cirúrgica para a rotura da coifa, sendo que atualmente a mais recomendada é a abordagem artroscópica [8] [9], que foi a única abordagem cirúrgica que vi ao longo deste estágio.

O doente era posicionado em decúbito lateral com tração do membro superior. Era introduzido o artroscópio para visualização da lesão e posterior sutura da coifa ao úmero através de âncoras. Na maior parte dos casos, era feita a tenodese ou tenotomia da longa porção do bicípite braquial (LPB). Este procedimento justifica-se porque a lesão da LPB está muito frequentemente associada à rotura da coifa, e de muitas vezes ser responsável por sintomatologia semelhante à da rotura da coifa, com dor e perda da capacidade de elevação do ombro. A cirurgia é feita com o intuito de eliminar a dor e melhorar a função restituindo a amplitude de movimento e força da articulação.

Joelho

Assisti a cinco cirurgias, três das quais foram revisões de artroplastias totais do joelho, uma ligamentoplastia do ligamento cruzado anterior e meniscectomia parcial via artroscópica e ainda uma meniscectomia artroscópica. Tive a oportunidade de participar em duas das revisões de artroplastia, o que me permitiu uma melhor visualização do campo operatório, das técnicas e procedimentos cirúrgicos.

Mão

Tive a oportunidade assistir a quatro cirurgias, uma neurografia microcirúrgica do segundo metacarpiano, uma neurólise com transposição anterior do nervo cubital, uma artrodese do cotovelo e uma redução aberta de fratura carpo e metacarpo com fixação interna.

Pé

Assisti a duas cirurgias do pé, uma osteotomia em Chevron distal de M1, lateralização e fixação com parafuso e uma osteotomia tipo Akin de F1 e tenotomia do tendão conjunto de D2.

Ortopedia Infantil

Nos três dias que tive oportunidade de ir ao Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), assisti a oito cirurgias de Ortopedia Infantil, a maioria das quais foram por patologia do pé. Assisti a uma osteotomia de subtração em cunha de F1, a uma extração de material de osteossíntese de calcâneo Stop bilateral, um calcâneo Stop bilateral, uma osteotomia de Rose bilateral, uma osteotomia de Akin bilateral, uma tenotomia do tendão de Aquiles percutânea bilateral, uma tenotomia percutânea de D2 e uma extração de material de instrumentação posterior da coluna.

Coluna

Apenas tive oportunidade de assistir a uma cirurgia de laminectomia e foraminectomia de L3, L4 e L5.

Urgência diferida

No contexto de urgência diferida assisti a um total de nove cirurgias, a maioria dos casos foram por fratura do membro inferior, nomeadamente fraturas do fêmur proximal. Para tratamento deste tipo de fraturas assisti e 3 técnicas diferentes, assisti a duas reduções fechadas com fixação interna, uma redução aberta com fixação

interna e duas substituições totais da anca, tendo participado numa delas. Assisti ainda a uma osteossíntese com placa de uma fratura do perónio e tibia distal.

No que diz respeito a fraturas do membro superior assisti a uma cirurgia de redução aberta e osteossíntese com placa de fratura distal do rádio e cúbito e assisti a uma cirurgia de redução fechada e osteossíntese de fratura luxação do carpo.

Serviço de urgência

Ao longo do estágio, acompanhei a equipa de urgência chefiada pelo Dr. Rui Claro. Aqui tive a oportunidade de contactar com patologia do foro traumatológico, particularmente fraturas fechadas, entorses, luxações, esfacelos e outras patologias do foro não traumatológico, como bursites.

Assisti, a vários procedimentos como, tratamento conservador de fraturas com e sem redução, tenorrafia e redução de luxações. Doentes que necessitem de tratamento cirúrgico são operados no próprio dia ou no dia seguinte, sendo que assisti a nove cirurgias de urgência diferida, como supracitado.

Um dos casos que mais me marcou durante a passagem pelo serviço de urgência foi o de uma doente de 69 anos que se apresentou com uma luxação anterior do ombro, após queda e, após três tentativas de redução sem sucesso, acabou por ser submetida a tratamento cirúrgico. Foram usadas as técnicas de Kocker (com e sem sedação) e Stimson (com sedação). A manobra de Stimson consiste em posicionar o doente em decúbito ventral com o braço afetado pendente fora da maca e com peso amarrado ao pulso, para fazer tração constante durante alguns minutos. A manobra de Kocker consiste numa manobra de tração do ombro e contra-tração aplicada na região axilar, que força a cabeça do úmero em direção à cavidade glenóide. Com o doente deitado, faz-se a seguinte sequência de movimentos: tração, abdução, rotação externa, adução e rotação interna. Apesar de todas as tentativas, ocorreu sempre recidiva da luxação, pelo que a doente teve que ser submetida a redução aberta com cirurgia de Bristow-Latarjet, intervenção à qual não assisti.

Reunião de serviço

As reuniões de serviço têm lugar na sala de reuniões do serviço, diariamente, às 8:00 horas. Aqui são apresentadas todas as cirurgias efetuadas no dia anterior, pelos diferentes grupos do serviço, sendo um momento de debate das opções terapêuticas escolhidas e impacto na morbimortalidade dos doentes. Para além disso, são discutidas questões organizacionais do serviço e são feitas palestras científicas.

Ao longo das 4 semanas de curso tive oportunidade de assistir a 16 reuniões de serviço, numa das quais assisti à apresentação da tese de doutoramento desenvolvida pelo Prof.Doutor Ricardo Pinto intitulada “Isolation and phenotypic characterisation of human notochordal cells. Implications for the development of cell-based therapies for intervertebral disc degeneration”.

Conclusão

Na Unidade Curricular de “Dissertação/ Projeto / Relatório de Estágio” do 6º Ano do Curso de Mestrado Integrado em Medicina, foi-nos dada a oportunidade optar por uma destas modalidades e desde logo demonstrei interesse na opção de relatório de Estágio em Ortopedia. É uma área que sempre me despertou particular interesse e tinha vontade de a conhecer melhor e numa vertente mais prática, uma vez que ao longo do curso tal não é possível.

Um dos objetivos a que me propus com a realização deste trabalho foi conhecer melhor a especialidade e ter uma visão mais prática e ampla desta, que se revelou uma perspetiva muito diferente da que tive na unidade curricular de Ortofisiatria. A Ortopedia é uma especialidade cirúrgica que aborda uma panóplia de patologias relacionadas com o aparelho musculo-esquelético, não só fraturas como patologias degenerativas ou mesmo congénitas.

Neste estágio, tive uma perceção das patologias ortopédicas mais comuns, principalmente relacionadas com a articulação do ombro, da sua epidemiologia, sintomatologia, diagnóstico e tratamento. Tendo por isso cimentado e adquirido conhecimentos teóricos e práticos na abordagem destes doentes.

Realizei este estágio no final do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina e como tal foi o primeiro estágio que fiz no curso. Foi aqui que tive uma perceção mais real do dia-a-dia de um médico e de alguns problemas e desafios com que se depara, não só na área da medicina como na logística e organização do serviço, do hospital e mesmo do Sistema Nacional de Saúde.

A participação nas reuniões de serviço salientou a atenção para uma abordagem integrada e multidisciplinar dos doentes, tantas vezes abordada teoricamente ao longo do curso. Assim apercebi-me que esta partilha de conhecimentos pode fazer a diferença quer na formação dos internos, quer na qualidade do Serviço.

Uma das lacunas do meu estágio foi ter estado apenas um dia na área do internamento, aquando do pedido de colaboração da equipa de urgência, num dos dias em que estive a acompanhar essa mesma equipa.

Considero que, no cômputo geral, esta foi uma experiência muito enriquecedora a nível acadêmico, profissional e mesmo pessoal e que as experiências e competências adquiridas foram marcantes e certamente influenciarão algumas das minhas decisões no futuro.

Bibliografia

1. **R H Bilal, Patrick J Duffy, Badar Bin Bilal Shafi, Suhaib Bin Bilal Hafi.** Rotator Cuff Pathology. Medscape. 2015. [Em linha] [Consultado em 16/01/2016] Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/1262849-overview>
2. **Anthony H Woodward,** Calcifying Tendonitis, Medscape, 2015. [Em linha] [Consultado em 04/02/2016]. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/1267908-overview#a6>
3. **Louwerens JK, Sierevelt IN, van Hove RP, van den Bekerom MP, van Noort A.** Prevalence of calcific deposits within the rotator cuff tendons in adults with and without subacromial pain syndrome: clinical and radiologic analysis of 1219 patients. *J Shoulder Elbow Surg.* 2015;24:1588–1593.
4. **Oliva F, Via AG, Maffulli N.** Calcific tendinopathy of the rotator cuff tendons. *Sports Med Arthrosc.* 2011;19:237–243.
5. **Claro Rui,** Tendinopatia Calcificante da Coifa dos Rotadores (Calcificações), 2015. [Em linha] [Consultado em 04/02/2016]. Disponível em <http://www.ruiclaro.com/tendinopatia-calcificante-da-coifa-dos-rotadores-calcificacoes/>.
6. **Wölk T, Wittenberg RH.** Calcifying subacromial syndrome--clinical and ultrasound outcome of non-surgical therapy. *Z Orthop Ihre Grenzgeb.* 1997 Sep-Oct. 135(5):451-7.
7. **R H Bilal, Patrick J Duffy, Badar Bin Bilal Shafi; Suhaib Bin Bilal Hafi.** Rotator Cuff Pathology. Medscape. 2015; [Em linha] [Consultado em

16/01/2016] Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/1262849-overview>.

8. **April D. Armstrong, Stuart J. Fischer, J. Michael Wiater.** Rotator Cuff Tears. American Orthopaedic of Surgeons. 2011. [Em linha] [Consultado em 04/02/2016] Disponível em <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00064>.
9. **Claro Rui.** Rotura da Coifa dos Rotadores, 2015. [Em linha] [Consultado em 16/01/2016] Disponível em <http://www.ruiclaro.com/patologia-da-coifa-dos-rotadores/>.

Anexos

Anexo 1- Consultas

Nr	Sexo	Idade	Diagnóstico/ motivo da consulta
1	♀	62 anos	Gonartrose Bilateral
2	♀	68 anos	Ciatalgia bilateral
3	♂	79 anos	Omalgia esquerda após AVC
4	♀	50 anos	Gonalgia esquerda com prótese do compartimento interno
5	♀	88 anos	Fratura do rádio proximal esquerdo submetida a OOS
6	♀	78 anos	OOS ossos da perna com posterior EMOS por infecção
7	♀	37 anos	Omalgia bilateral (poliartralgias)
8	♂	56 anos	Omalgia bilateral
9	♂	69 anos	Omalgia bilateral
10	♂	50 anos	Tendinopatia calcificante do SE esquerdo
11	♂	21 anos	Fratura do escafoide (3semanas)
12	♀	54 anos	Pós-discectomia L4-L5
13	♂	63 anos	Rotura parcial do SE direito
14	♀	79 anos	Pós- PTA esquerda por fratura (6 meses)
15	♀	58 anos	Tendinopatia calcificante do SE esquerdo
16	♀	86 anos	Pós- cirurgia de correção de fratura de Colles à esquerda (1mês)
17	♀	50 anos	Rotura parcial do SE direito
18	♂	42 anos	Fratura por avulsão do ligamento patelofemoral medial à direita
19	♂	76 anos	Pós-revisão de PTA por descelagem assética.
20	♀	57 anos	Rotura maciça do SE direito (proposta para tratamento cirúrgico)
21	♀	64 anos	Tendinopatia calcificante do SE esquerdo
22	♂	64 anos	Omalgia bilateral
23	♀	56 anos	Rotura do SE esquerdo (antecedentes de cirurgia para sutura da coifa há 3 anos)
24	♀	48 anos	Tendinopatia calcificante bilateral
25	♂	73 anos	Discopatia degenerativa cervical e lombar
26	♀	60 anos	Omalgia direita
27	♀	44 anos	Tendinopatia calcificante do SE esquerdo
28	♀	46 anos	Pós sutura artroscópica da coifa direita
29	♀	68 anos	Rotura do SE e Tendinopatia calcificante à esquerda
30	♂	42 anos	Instabilidade do ombro bidirecional e bilateral
31	♂	80 anos	Omalgia direita (PTO)
32	♀	53 anos	Pós-sutura artroscópica da coifa esquerda (2s semanas)
33	♂	57 anos	Capsulite retrátil bilateral

34	♀	77 anos	Pós- PTO esquerda (2 semanas)
35	♀	44 anos	Tendinopatia calcificante bilateral
36	♀	65 anos	Rotura massiva da coifa bilateral
37	♀	76 anos	Pós prótese invertida direita por fratura da cabeça do úmero
38	♀	66 anos	Rotura do SE esquerdo
39	♀	68 anos	Tendinopatia calcificante do ombro bilateral
40	♀	66 anos	Omalgia esquerda
41	♀	50 anos	Rotura do infraespinhoso bilateralmente
42	♀	51 anos	Rotura do SE direito
43	♂	59 anos	Tendinopatia calcificante do SE direito
44	♀	67 anos	Pós sutura artroscópica da coifa esquerda
45	♀	53 anos	Tendinopatia calcificante esquerda (proposta para tratamento cirúrgico)
46	♂	64 anos	Tendinopatia calcificante esquerda
47	♀	68 anos	Omalgia bilateral
48	♀	51 anos	Omalgia direita
49	♀	52 anos	Gonartrose bilateral
50	♀	69 anos	Tendinopatia calcificante direita
51	♀	51 anos	Rotura do SE esquerdo
52	♀	54 anos	Omalgia direita
53	♀	63 anos	Omalgia direita
54	♀	48 anos	Síndrome do túnel cárpico à esquerda
55	♀	19 anos	Entorse do joelho direito. Suspeita de lesão do menisco interno.
56	♂	74 anos	Fratura com luxação do troquiter direito
57	♀	47 anos	Cervicobraquialgia direita e lombociatalgia esquerda
58	♀	62 anos	Pós PTA esquerda
59	♂	55 anos	Pós tenorrafia tipo Kessier por rotura parcial do extensor de D3
60	♂	42 anos	Pós envilhamento anterógrado da tibia direita (fratura exposta da tibia e perónio direitos)
61	♀	51 anos	Fratura da base de F1 de D2 esquerdo.
62	♀	83 anos	Síndrome do túnel cárpico à direita
63	♂	45 anos	Pós cirurgia de remoção de prótese da tacícula esquerda
64	♀	73 anos	Pós cirurgia para correção de fratura do polo inferior da rótula esquerda
65	♀	34 anos	Cervicobraquialgia direita
66	♀	19 anos	Fratura da base de M5 esquerdo
67	♀	82 anos	Fratura do radio distal esquerdo
68	♀	56 anos	Luxação do ombro direito
69	♂	26 anos	Luxação anterior do ombro esquerdo
70	♀	18 anos	Granuloma de corpo estranho no pé direito
71	♀	14 anos	Cifoesciose congénita
72	♂	10 anos	Pé equino neurológico à esquerda
73	♂	18 anos	Pré cirurgia para remoção de material de osteossíntese do fémur (correção de dismetria)
74	♂	17 anos	Hallux valgus bilateral

75	♀	3 meses	Pé boto
76	♀	74 anos	Rotura do SE direito + gonalgia esquerda
77	♂	67 anos	Rotura parcial do SE direito
78	♂	32 anos	Omalgia esquerda
79	♀	72 anos	Omalgia bilateral
80	♀	60 anos	Gonalgia esquerda (antecedentes de Emslie-Trillat)
81	♂	23 anos	Fratura de clavícula esquerda no 1/3 médio
82	♀	67 anos	Pós- cirurgia de prótese completa do ombro esquerdo
83	♀	57 anos	Omalgia bilateral + capsulite retrátil do ombro direito
84	♀	63 anos	Rotura da coifa esquerda
85	♀	56 anos	Rotura do SE direito
86	♀	56 anos	Omalgia direita
87	♀	72 anos	Coxartrose direita
88	♀	74 anos	Rotura maçiva bilateral da coifa
89	♀	64 anos	Rotura parcial do SE direito
90	♀	83 anos	Pós hemiartroplastia cefálica do ombro direito
91	♀	62 anos	Pós sutura artroscópica da coifa direita
92	♀	74 anos	Rotura da coifa direita
93	♀	54 anos	Pós sutura artroscópica da coifa direita + tenotomia da LPB
94	♀	52 anos	Pós sutura artroscópica da coifa direita
95	♀	65 anos	Pós sutura artroscópica da coifa direita + tenotomia da LPB
96	♀	75 anos	Omalgia direita
97	♀	53 anos	Pós sutura da coifa direita + capsulite retrátil
98	♀	76 anos	Rotura parcial da coifa esquerda
99	♂	63 anos	Tendinopatia calcificante do SE direito
100	♀	64 anos	Rotura parcial SE direito
101	♀	48 anos	Pós sutura artroscópica da coifa direita + tenotomia da LPB
102	♀	38 anos	Tendinopatia calcificante do SE direito
103	♀	42 anos	Rotura completa da coifa direita
104	♀	62 anos	Anterolistesis L4-L5
105	♀	78 anos	Prótese invertida do ombro bilateralmente
106	♀	59 anos	Pós Capsulotomia e tenotomia de LPB esquerda (capsulite pós sutura artroscópica da coifa)
107	♀	65 anos	Rotura do SE direito
108	♂	57 anos	Omalgia esquerda
109	♂	34 anos	Rotura do tendão rotuliano
110	♂	66 anos	Omalgia bilateral
111	♀	59 anos	Omalgia direita + parestesias da mão direita
112	♂	36 anos	Tendinopatia calcificante esquerda
113	♀	81 anos	Fratura do colo do úmero direito
114	♀	69 anos	Fratura do rádio distal direito submetida a OOS
115	♂	66 anos	Fratura luxação do calcâneo (OOS com parafusos) e do maléolo peroneal (cerclage) à esquerda
116	♀	76 anos	Fratura do maléolo peroneal (tratamento conservador)
117	♀	82 anos	Alterações da marcha com desequilíbrio - PTA

			bilateral com múltiplas revisões
118	♀	67 anos	Pós artrodese C5-C7
119	♂	57 anos	Pós artrodese lombar
120	♀	87 anos	Fratura da diáfise úmero (tratamento conservador)
121	♀	40 anos	Tendinopatia calcificante bilateral
122	♀	86 anos	Fratura da diáfise do úmero submetida a OOS
123	♀	70 anos	Fratura bimalleolar direita submetida a OOS
124	♀	57 anos	Tendinopatia calcificante bilateral
125	♂	43 anos	Pós discectomia L4-L5
126	♂	23 anos	Fratura da base de M5 da mão esquerda
127	♂	70 anos	Rotura massiva da coifa direita + polirradiculopatia cervical
128	♀	81 anos	Pós PTA direita por fratura do colo do fémur
129	♂	78 anos	Fratura de L1 (tratamento conservador)
130	♀	75 anos	Rotura do SE e IE esquerdos
131	♀	58 anos	Fratura do maléolo peroneal (tratamento conservador)
132	♀	54 anos	Omartrose direita
133	♀	66 anos	Omartrose direita
134	♀	60 anos	Síndrome do túnel cárpico bilateral, pior à direita
135	♀	70 anos	Poliartralgias
136	♀	53 anos	Pós sutura laterolateral da coifa e tenodese da LPB direito
137	♂	45 anos	Omalgia e cervicobraquialgia bilateral
138	♀	52 anos	Pós sutura do SE e Subescapular
139	♀	52 anos	SCC à esquerda
140	♀	62 anos	Pós sutura laterolateral da coifa e tenotomia de LPB
141	♀	69 anos	Suspeita de rotura da coifa esquerda
142	♂	78 anos	Pós OOS de fratura bimalleolar esquerda
143	♀	47 anos	Pós sutura da coifa esquerda e tenodese de LPB
144	♀	70 anos	Luxação do ombro bilateral
145	♀	70 anos	Omalgia bilateral + gonartrose patelofemoral esquerda
146	♀	63 anos	Rotura do SE esquerdo + antecedentes de sutura da coifa direita.
147	♀	36 anos	Tendinopatia calcificante da coifa bilateral
148	♀	50 anos	Rutura SE direito + bursite subacromial
149	♂	55 anos	Pós sutura da coifa direita
150	♀	62 anos	Omalgia esquerda + antecedentes de dutura da coifa direita
151	♀	73 anos	Omartrose bilateral
152	♀	70 anos	Pós sutura da coifa direita
153	♀	51 anos	Rotura parcial do SE esquerdo
154	♀	74 anos	Rotura completa do SE + rotura parcial de suescapular direito
155	♀	55 anos	Pós transferência do grande dorsal
156	♀	64 anos	Pós sutura da coifa direita
157	♀	80 anos	Pós PTO esquerda
158	♂	57 anos	Luxação anterior do ombro direito após queda com rotura massiva do SE, IE e LPB

159	♀	57 anos	Ombro esquerdo pseudoparalítico
160	♀	69 anos	Omalgia esquerda
161	♀	59 anos	Capsulite adesiva à direita 1 ano após sutura da coifa
162	♀	64 anos	Rotura massiva do SE e tenossinovite à direita
163	♀	84 anos	Pós 3ª revisão de PTO invertida, com osteólise em volta de toda a extensão da haste da prótese.
164	♀	66 anos	Rotura massiva do SE e IE à direita
165	♀	61 anos	Pós sutura da coifa direita
166	♀	73 anos	Pós PTO invertida
167	♀	53 anos	Tendinopatia calcificante do ombro esquerdo
168	♂	79 anos	Rotura completa do SE à direita
169	♂	84 anos	Gonalgia após PTJ esquerda + ciatalgia esquerda em estudo
170	♀	72 anos	Parestesias pós redução com placa de fratura do punho esquerdo
171	♀	53 anos	Tendinopatia calcificante bilateral
172	♂	70 anos	Pós OOS com placa de fratura distal da tíbia direita
173	♀	76 anos	Rotura do SE direito e tendinopatia crónica da coifa
174	♀	90 anos	Pós fratura distal do úmero (tratamento conservador)
175	♀	58 anos	Parestesias da mão direita (sem alterações na EMG)
176	♀	73 anos	Pós PTJ direita + discopatia de L5-S1
177	♀	73 anos	Pós PTJ esquerda
178	♂	43 anos	Infeção pós cirurgia para tratamento de necrose do calcâneo
179	♀	74 anos	Luxação do cotovelo esquerdo com fratura da tacícula e apófise coronoide (tratamento conservador)
180	♀	44 anos	Cervicobraquialgia bilateral
181	♂	64 anos	Pós meniscectomia direita
182	♀	54 anos	Gonalgia esquerda
183	♀	63 anos	Omalgia direita
184	♀	40 anos	Capsulite retrátil bilateral
185	♀	47 anos	Tendinopatia calcificante do ombro esquerdo
186	♀	57 anos	Tendinopatia calcificante do ombro direito
187	♀	52 anos	Rotura da coifa direita
188	♂	59 anos	Omalgia direita
189	♀	66 anos	Espondilolistesis L4-L5 + omalgia bilateral
190	♂	71 anos	Rotura SE e subescapular bilateral
191	♀	73 anos	Pós PTO invertida do ombro esquerdo
192	♀	83 anos	Necrose avascular da cabeça do úmero direito
193	♀	47 anos	Pós sutura laterolateral direita e tenotomia de LPB
194	♂	64 anos	Omartrose esquerda
195	♂	42 anos	Pós tenodese d LPB
196	♂	66 anos	Omalgia direita e antecedentes de hemiproteze do ombro direito
197	♀	52 anos	Pós sutura da coifa esquerda e tenotomia da LPB
198	♂	58 anos	Rotura completa da coifa esquerda com luxação

			medial da LPB + rotura de grandes dimensões da coifa direita
199	♂	66 anos	Pós sutura da coifa direita + tenodese da LPB
200	♂	25 anos	Pós OOS de pseudartrose da clavícula direita
201	♀	74 anos	Pós bursectomia esquerda (bursite cónica)
202	♂	72 anos	Rotura massiva da coifa esquerda
203	♀	53 anos	Omalgia bilateral
204	♂	49 anos	Omalgia e parestesias da mão à direita
205	♀	54 anos	Rotura do SE direito + SCC à direita
206	♀	44 anos	Rotura parcial do SE direito
207	♀	71 anos	Rotura do SE bilateral + linfedema dos MS exuberante
208	♀	55 anos	Rotura da coifa à direita
209	♀	52 anos	Pós sutura da coifa esquerda
210	♀	81 anos	Omartrose descentrada + poliartralgias
211	♀	69 anos	Pós redução aberta de luxação anterior do ombro direito + operação de Bristow-Laterjet
212	♀	79 anos	Pós PTO invertida
213	♀	58 anos	Rotura bilateral da coifa, mais extensa à direita
214	♀	63 anos	Rotura bilateral da coifa mais extensa à esquerda
215	♀	56 anos	Quisto + tendinopatia do ombro direito
216	♀	56 anos	Tendinopatia calcificante + rotura parcial do SE à direita
217	♀	73 anos	Tendinopatia calcificante do ombro bilateral

Anexo 2- Cirurgias

	Sexo	Idade	Cirurgia
1	♂	20 anos	Ligamentoplastia do LCA com isquiotibiais e menissectomia parcial interna por via artroscópica
2	♂	90 anos	Redução fechada de fratura com fixação interna
3	♂	12 anos	Osteotomia de subtração em cunha de F1 e fixação com parafuso Foot Motion Medcom Tech bilateral
4	♀	15 anos	Extração de material de instrumentação posterior coluna
5	♂	67 anos	Revisão de artroplastia total do joelho direito
6	♀	42 anos	Rotura da coifa dos rotadores ombro direito
7	♀	47 anos	Rotura da coifa dos rotadores ombro direito
8	♂	63 anos	Laminectomia e foraminectomias L3 - L4 - L5
9	♀	50 anos	Cruentação e osteossíntese com placa LCP supracondiliana do fêmur direito
10	♂	54 anos	Redução aberta de fratura do fêmur com fixação interna
11	♀	12 anos	EMOS de calcâneo Stop bilateral
12	♀	13 anos	Osteotomia de Rose - bilateral
13	♂	13 anos	Calcâneo Stop bilateral
14	♀	61 anos	Reparação da coifa dos rotadores ombro direito
15	♂	42 anos	Tenodese da LPB à direita (rotura irreparável da coifa)
16	♀	28 anos	Osteossíntese do perónio distal com placa + Osteossíntese tíbia distal com placa LCP
17	♀	79 anos	Redução e osteossíntese do fêmur proximal esquerdo com placa DMS
18	♂	2 meses	Tenotomia do tendão aquiles percutânea bilateral
19	♂	13 anos	Osteotomia da Akin bilateral
20	♂	15 anos	Tenotomia percutânea de D2 do pé esquerdo
21	♀	79 anos	Revisão de componente tibial de artroplastia total do joelho direito
22	♂	76 anos	Prótese total da anca direita, cimentada
23	♀	47 anos	Artroscopia do ombro direito para exerce de calcificação do SE
24	♀	57 anos	Reparação da coifa dos rotadores ombro direito
25	♂	49 anos	Redução fechada e osteossíntese com fios K de fratura luxação carpo metacarpo esquerdo
26	♀	48 anos	Neurorrafia microcirúrgica de seção parcial do 2º intermetacarpiano esquerdo
27	♀	44 anos	Neurólise com transposição anterior do nervo cubital
28	♀	78 anos	Prótese total da anca direita, cimentada
29	♀	58 anos	Osteotomia em Chevron, distal de M1 direito, lateralização e fixação com parafuso
30	♀	66 anos	Osteotomia tipo Akin F1 esquerdo + tenotomia do tendão conjunto de D2 esquerdo
31	♀	75 anos	Redução aberta e osteossíntese com placa de fratura distal do rádio e cubito esquerdos
32	♀	64 anos	Revisão de artroplastia do joelho esquerdo
33	♂	17 anos	Artroscopia com menissectomia parcial do menisco interno
34	♂	58 anos	Artrodese do cotovelo